

bitte per Fax an 040 – 22 63 06 799

Zugang zur IVPnet für folgende Institution:

Allgemeines

Name der Institution*:

Name der Praxis/ des Arztes/ des Psychotherapeuten

Straße*:

PLZ/ Ort*:

BSNR*:

Betriebsstättennummer

AIS/ PVS*:

Arztinformationssystem/ Praxisverarbeitungssystem

Kontaktdaten Geschäftsführung der Institution

Anrede*:

Titel:

Name*:

Vorname*:

Telefon 1*:

Telefon 2:

Mobil:

Fax*:

E-Mail:

Kontaktdaten Operativer Ansprechpartner (z.B.: MFA)* falls abweichend

Anrede*:

Titel:

Name*:

Vorname*:

Telefon 1*:

Telefon:

Mobil:

Fax*:

E-Mail:

Folgende Personen sollen für die auf Seite 1 genannte Institution einen Zugang zur IVPnet erhalten. Beachten Sie bitte, dass wir eine Mobilfunknummer für das smsTAN-Verfahren benötigen.

1. Person*

Anrede*: _____ Titel: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil*: _____ Fax*: _____

E-Mail: _____

Qualifikation*: _____
Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*: _____
lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden)

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen
(Koordination)* ja nein

Berechtigung Patientenleistungen und Mitarbeiterdaten zu pflegen und
neue Mitarbeiter anzulegen
(Leitungsfunktion)* ja nein

2. Person

Anrede*: _____ Titel: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil*: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Qualifikation*: _____
Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*: _____
lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden)

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen
(Koordination)* ja nein

Berechtigung Patientenleistungen und Mitarbeiterdaten zu pflegen und
neue Mitarbeiter anzulegen
(Leitungsfunktion)* ja nein

3. Person

Anrede*: _____ Titel: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil*: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Qualifikation*: _____

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*: _____

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen
(Koordination)* lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden) ja nein

Berechtigung Patientenleistungen und Mitarbeiterdaten zu pflegen und
neue Mitarbeiter anzulegen
(Leitungsfunktion)* ja nein

Mit der nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Einrichtung eines Zugangs zur IVPnet und der damit zusammenhängenden Freischaltung des smsTAN-Verfahrens für die benannten Personen zu:

*Unterschrift der unterschriftsberechtigten Person